

19.1.01.5

9791191905007

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE ET CONDUITE A TENIRDEVANT UN OEIL DOULOUREUX

C. DESPREAUX

- Symptôme fréquent, le problème de l'oeil douloureux se pose différemment selon qu'il s'associe ou non à une rougeur oculaire.

DIAGNOSTIC POSITIF1) LES CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE.

- Le plus souvent, c'est la douleur qui amène à consulter et l'examen complet recherchera d'autres signes accompagnateurs.
- Parfois, ce sont d'autres symptômes qui sont au premier plan et la douleur est retrouvée par l'interrogatoire.

2) L'INTERROGATOIRE PRECISE :

- Outre les antécédents personnels et familiaux,
- les circonstances d'apparition et le mode de début des douleurs, brutal ou insidieux,
- leur siège :
  - uni ou bilatéral,
  - superficiel ou profond,
  - oculaire ou céphalées,
- leurs irradiations,
- leur type (sensation de corps étranger, brûlures, lourdeur,...),
- leur intensité,
- leur évolution,
- les signes associés ++ :
  - signes généraux,
  - signes oculaires (baisse d'acuité visuelle, rougeur oculaire,...).

### 3) L'EXAMEN OCULAIRE.

Comme toujours bilatéral et comparatif.

- Commence par l'étude de la réfraction et la mesure de l'acuité visuelle.
- Etude de la motricité oculaire et recherche d'une diplopie, éventuellement complétée par un bilan orthoptique.
- L'examen à la lampe à fente permet l'étude du segment antérieur :
  - recherche d'une rougeur oculaire +++ en précisant son type, son intensité, son étendue,
  - examen de la cornée, de sa transparence et de son intégrité,
  - chambre antérieure : profondeur, transparence,
  - iris et pupille, réflexe photomoteur,
  - mesure de la tension oculaire +++ : au doigt ou au mieux au tonomètre à aplanation.
- Examen complété par l'étude du fond d'oeil.

### DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- A pour but d'éliminer les douleurs qui ne sont pas d'origine oculaire, notamment :

#### 1) NEURALGIES FACIALES.

- La névralgie du trijumeau est responsable de douleurs très intenses, paroxystiques, survenant par crises souvent résistantes au traitement.
- Ces douleurs siègent dans le territoire du V, unilatérales le plus souvent.
- Il n'y a aucune manifestation proprement ophtalmologique mais il faut savoir que certaines affections inflammatoires oculaires (kératite, iridocyclite, glaucome aigu) peuvent être responsables de névralgies du trijumeau secondaires.

#### 2) ALGIES NON NEURALGIQUES.

##### a) Céphalées diffuses.

- Elles peuvent avoir de multiples causes mais il faut savoir éliminer une cause oculaire, notamment par une étude minutieuse de la réfraction, du bon équilibre binoculaire.

##### b) Algies localisées symptomatiques.

- Souvent en rapport avec une affection régionale.

1) D'origine O.R.L. :

- notamment, affections sinusales avec douleurs frontales ou péri-orbitaires, contexte fréquent de rhinorrhée ;
- le diagnostic sera confirmé par l'examen O.R.L. et les radios de sinus.

2) D'origine maxillo-dentaire :

- à rechercher par un examen stomatologique clinique et radiologique.

■ **MAIS**, il faut savoir que ces affections régionales peuvent être à l'origine d'affections oculaires.

c) Algies vasculaires.1) La migraine ophtalmique.

- Peut donner un tableau très trompeur car elle associe aux douleurs des manifestations visuelles.
- Elle survient le plus souvent chez une femme jeune, chez qui l'on retrouve parfois des antécédents familiaux de migraine.
- La phase prodromique est variable mais est souvent marquée par des manifestations visuelles :
  - phosphènes,
  - scotomes scintillants,
  - impressions de déficit visuel (flou visuel, hémianopsie homonyme).
- Puis la douleur survient, à type d'hémicrânie, pulsatile, pouvant parfois s'étendre ou changer de côté.
- Ces crises régressent sans séquelles.

2) L'artérite temporelle de Horton.

- Peut occasionner des céphalées unilatérales de siège plutôt temporal, et entraîner des complications ophtalmologiques très graves.
- Le diagnostic repose sur la notion de céphalées chez un sujet âgé, avec :
  - altération de l'état général,
  - la vitesse de sédimentation très accélérée,
  - et la biopsie d'artère temporelle.
- La corticothérapie à doses fortes, dans le but de prévenir les complications ophtalmologiques.

d) Syndromes ganglionnaires.

- Ils peuvent aussi associer des manifestations oculaires aux douleurs.

1) Syndrome du ganglion sphéno-palatin :

- douleur de l'orbite, de la racine du nez, de la mâchoire supérieure,
- rhinorrhée séreuse et larmoiement,
- vasodilatation conjonctivale.

2) Syndrome du ganglion ciliaire :

- douleur péri-orbitaire,
- rhinorrhée séreuse et larmoiement,
- oedème palpébral,
- vasodilatation conjonctivale.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- C'est le moment essentiel.
- Il repose :
  - essentiellement sur la présence ou non d'autres manifestations associées à la douleur,
  - sur le contexte,
  - sur les caractères de la douleur, son mode de survenue.
- Plusieurs tableaux peuvent exister.

1) L'OEIL EST DOULOUREUX ET ROUGE.a) EN L'ABSENCE DE CONTEXTE TRAUMATIQUE.

- L'association d'une rougeur oculaire aux douleurs doit faire rechercher d'autres manifestations, notamment baisse d'acuité visuelle, modification du tonus oculaire, modifications de la pupille et du jeu pupillaire.

1) DOULEURS TRES INTENSES, OEIL TRES ROUGE, VISION EFFONDREE.

Il faut avant tout penser au GLAUCOME AIGU PAR FERMETURE DE L'ANGLE.

- Devant :
  - des douleurs de survenue brutale, intenses, unilatérales, oculaires et en hémicrânes fronto-temporales,

- avec nausées, vomissements, parfois retentissement sur l'état général,

- la vision est effondrée,

- à l'examen :

o il existe un oedème cornéen important ; la chambre antérieure est étroite, la pupille en demi-mydriase aréflexique,

o surtout, il existe une hypertonie oculaire majeure du côté atteint, au doigt, confirmée au tonomètre à aplanation.

• Le diagnostic de glaucome aigu est donc fait.

• Son rapport avec une fermeture est fait par la gonioscopie (surtout du côté sain où la cornée est claire) qui montre un angle irido-cornéen étroit.

+ Dans une telle forme, le diagnostic est facile mais il existe des formes où les signes sont moins marqués avec :

- douleurs moins intenses, oeil rouge, pas de baisse d'acuité visuelle mais vision de halos colorés ;

- cependant, l'examen ophtalmologique permettra le diagnostic, notamment grâce à la mesure de la tension oculaire.

+ Dans tous les cas, le traitement s'impose d'urgence avant l'apparition de lésions irréversibles du nerf optique.

+ Les MYDRIATIQUES sont contre-indiqués.

## 2) EN CAS D'IRIDOCYCLITE.

• Les douleurs sont moins intenses, profondes, de début moins brutal.

• La vision est abaissée mais non effondrée.

• A l'examen :

- il n'y a pas d'oedème cornéen, par contre on retrouve souvent des précipités rétro-descémétiques,

- la chambre antérieure est de profondeur normale avec phénomène de Tyndall,

- la pupille est en myosis avec tendance aux adhérences avec la face antérieure du cristallin,

- la tension oculaire est classiquement basse (mais il existe des uvéites hypertensives).

• Le diagnostic étant fait, il faut :

- faire une enquête étiologique plus ou moins poussée,

- commencer un traitement par anti-inflammatoires et mydriatiques,

- les MYOTIQUES sont contre-indiqués.

### 3) EN CAS DE KERATITE.

- Les douleurs sont souvent intenses mais superficielles, à type de sensation de corps étranger, avec photophobie intense, larmoiement.
- La vision est abaissée mais non effondrée.
- L'examen, après instillation d'une goutte de Fluorescéine, permet d'objectiver les lésions cornéennes :
  - soit lésion ulcéreuse prenant la Fluorescéine,
  - soit kératite interstitielle avec épreuve à la Fluorescéine négative.
- Un traitement rapide soulagera le patient.
- CORTICOIDES et ANESTHESIQUES de contact sont contre-indiqués en cas d'ulcération cornéenne.

### 4) EN CAS DE SCLERITE OU EPISCLERITE.

- La douleur est plus ou moins intense.
- La vision est conservée.
- La rougeur est localisée, avec parfois petite voussure douloureuse.
- Elle peut entrer dans le cadre d'une affection rhumatologique inflammatoire.

### b) DANS UN CONTEXTE TRAUMATIQUE.

La douleur peut être en rapport avec :

- Une lésion cornéenne surtout :
  - érosion cornéenne, donnant le tableau d'une kératite aiguë ;
  - avec parfois corps étranger cornéen superficiel, visible sur la cornée ou lors du retournement de la paupière supérieure,
  - parfois, la plaie cornéenne peut être transfixiante avec phénomène de Seidel (visualisant la fuite d'humeur aqueuse par la plaie), voire aplatissement de la chambre antérieure,
  - il peut aussi s'agir d'une brûlure cornéenne par agent physique ou surtout par agent chimique, nécessitant alors un lavage immédiat avant tout.
- Parfois, il peut s'agir d'un traumatisme plus complexe :
  - contusion oculaire, avec parfois hypertonie,
  - corps étranger intra-oculaire.

2) OEIL DOULOUREUX NON ROUGE.a) DOULEURS BILATERALES.

- En général, les douleurs sont modérées, plutôt sourdes.
- Il peut s'agir :

1) D'un trouble de la réfraction :

- non ou mal corrigé,
- qui peut occasionner des céphalées frontales, une sensation de "fatigue douloureuse" des yeux, parfois picotements, ces signes étant majorés par les efforts visuels.
- Le diagnostic sera fait par une étude correcte de la réfraction, en tenant compte de l'astigmatisme.
- Le traitement repose sur une correction optique optimale.

2) Trouble de l'accommodation-convergence :

- occasionnant une sensation de gêne en vision de près, surtout en fin de journée au début, puis de façon permanente avec sensation de vision trouble.
- Le diagnostic repose sur le bilan orthoptique avec recherche d'une insuffisance de convergence.

3) Insuffisance lacrymale :

- avec sécheresse oculaire, est responsable de picotements oculaires ou brûlure, surtout le matin.
- Le diagnostic repose sur le test de Schirmer qui objective l'insuffisance lacrymale.
- Le traitement repose sur les larmes artificielles.

b) DOULEURS UNILATERALES.1) Kératalgies post-traumatiques.

- Il s'agit de crises douloureuses nocturnes (en fin de nuit) exacerbées au réveil lors de l'ouverture palpébrale avec sensation d'arrachement.
- Ces troubles surviennent chez un patient ayant présenté une ulcération de cornée traumatique, en général assez large.
- L'examen montre la récurrence de cette ulcération.
- L'évolution est longue avec récurrences fréquentes.
- Le traitement en est difficile.

2) Au cours du glaucome chronique :

- il peut exister des poussées hypertoniques, responsables de sensations douloureuses, en règle modérées,
- mais qui ont l'avantage de faire pratiquer un examen ophtalmologique qui découvrira le glaucome.

3) Lors des tumeurs oculaires :

- des douleurs peuvent apparaître, notamment en cas d'hypertonie oculaire.

4) Au cours de certaines neuropathies optiques (sclérose en plaques) :

- peuvent exister des douleurs oculaires à la mobilisation du globe, précédant toute manifestation visuelle.

Dans le CONCOURS MEDICAL, les articles qui comportent la matière utile à la préparation des questions de l'internat sont signalés.

Dossier en vente à la Librairie VERNAZOBRES

74, boulevard de l'Hôpital

75013 PARIS - Tél. : 336.40.78

ABONNEMENTS, MATERIEL MEDICAL, PAPETERIE, THESES, VENTE PAR CORRESPONDANCE

(debutknul)

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Il est orienté par les caractères sémiologiques de la rougeur et notamment par son type et par l'existence de signes accompagnateurs tels que douleurs ou baisse d'acuité visuelle.
- Différents types de tableaux peuvent dès lors se dégager :

I) OEIL ROUGE NON DOULOUREUX A VISION CONSERVEE.

- Il s'agit en règle d'une affection conjonctivale.

1) Soit la rougeur est intense,

- unilatérale,
- le plus souvent localisée, parfois massive soulevant la conjonctive,
- de teinte uniforme, en nappe, sans vasodilatation.
- Il s'agit d'une HEMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE.
  - La cornée, l'iris et la pupille sont normaux.
- Cette hémorragie peut être :
  - d'origine traumatique :
    - o l'hémorragie n'a en soi pas de caractère de gravité mais il faut savoir qu'elle peut masquer une plaie sclérale parfois minime ou marquer le point d'entrée d'un corps étranger intra-oculaire ;
  - spontanée :
    - o elle n'a pas, là non plus, de gravité en soi mais on doit penser, notamment en cas de répétition, à rechercher :
      - x une H.T.A. méconnue ou mal équilibrée,
      - x un diabète,
      - x un trouble de la crase.

2) Ailleurs, la rougeur est plus diffuse,

- avec vasodilatation des vaisseaux conjonctivaux,
- le plus souvent bilatérale,
- prédominant au niveau de la conjonctive palpébrale avec souvent modification du relief conjonctival à ce niveau (follicules ou papilles).
- Il s'agit d'une CONJONCTIVITE dont le diagnostic est confirmé par l'interrogatoire qui retrouve :
  - la présence de sécrétions plus ou moins abondantes, puriformes ou séreuses,
  - et qui doivent être prélevées par FROTTIS CONJONCTIVAL pour essayer d'isoler un agent causal.

- L'évolution de ces conjonctivites est le plus souvent favorable.
- Leur étiologie peut relever de multiples causes dont les plus fréquentes sont les conjonctivites :
  - bactériennes,
  - virales,
  - allergiques.

## II) OEIL ROUGE DOULOUREUX A VISION ABAISSEE.

- Il s'agit en général d'une affection du GLOBE OCULAIRE même.
- Selon l'existence ou non d'un contexte traumatique, on peut distinguer :

### 1) EN L'ABSENCE DE CONTEXTE TRAUMATIQUE.

- Plusieurs éléments de l'examen clinique vont permettre d'arriver au diagnostic ; ce sont notamment :
  - l'état de la pupille,
  - et du réflexe photomoteur.

### A) L'OEIL EST TRES ROUGE, TRES DOULOUREUX, AVEC VISION EFFONDREE.

- Le premier diagnostic évoqué est celui de GLAUCOME AIGU PAR FERMETURE DE L'ANGLE.

#### 1) L'interrogatoire retrouve :

- un début brutal,
- unilatéral,
- le plus souvent chez une femme,
- parfois des circonstances déclenchantes particulières (instillations de collyres mydriatiques, intervention chirurgicale, prises de certains médicaments,...),
- l'association à des signes généraux :
  - céphalées unilatérales,
  - vomissements, douleurs abdominales,
  - parfois choc,essentiellement.

#### 2) L'examen clinique ophtalmologique va permettre le diagnostic devant :

##### a) Du côté atteint :

- une rougeur à prédominance périkératique,
- une cornée trouble, glauque, en raison de l'oedème cornéen,

- une chambre antérieure peu profonde,
- une pupille en demi-mydriase aréactive ++ ,
- et surtout, une très forte élévation de la TENSION OCULAIRE ++++ , appréciée :
  - au doigt (sensation de "bille de bois"),
  - et au tonomètre.

+ Le diagnostic de glaucome aigu est donc fait.

+ Son rapport avec une anomalie de l'angle irido-cornéen se fait grâce à :

b) L'examen de l'oeil adelphe (toujours indispensable), qui montre :

- un angle irido-cornéen étroit en gonioscopie (cet examen n'étant pas toujours possible à pratiquer du côté atteint en raison de l'oedème cornéen).

■ Le diagnostic étant fait, un TRAITEMENT D'URGENCE S'IMPOSE, afin d'éviter une atteinte irréversible du nerf optique.

Les MYDRIATIQUES SONT CONTRE-INDIQUES.

#### B) PARFOIS LE TABLEAU EST MOINS BRUYANT.

- Les douleurs sont moins intenses et la vision moins abaissée.
- Il peut s'agir essentiellement :

a) D'une IRIDOCYCLITE.

- Le début en est aussi souvent brutal ou rapidement progressif.
- Sans circonstances déclenchantes particulières, mais parfois au cours d'une pathologie générale connue.
- Les douleurs sont modestes, profondes.
- A l'examen :
  - l'acuité visuelle est abaissée mais de façon modérée,
  - la rougeur est aussi de type périkeratique, plus ou moins intense,
  - la cornée est claire, non oedémateuse, non ulcérée, mais avec souvent à sa face profonde des précipités rétro-cornéens + ,
  - la chambre antérieure est profonde avec présence d'un phénomène de Tyndall + ,
  - la pupille est en myosis ++ avec parfois présence d'adhérences entre la pupille et la face antérieure du cristallin (synéchies irido-cristalliniennes ou postérieures) avec un iris parfois plus terne,

- la tension oculaire est classiquement basse mais il existe des iridocyclites hypertensives.

- Le diagnostic étant fait, il faut :
  - commencer un traitement par anti-inflammatoires et mydriatiques,
  - faire une enquête étiologique éventuellement.
- LES MYOTIQUES SONT CONTRE-INDIQUES.

b) D'une KERATITE AIGUË.

- Le début en est souvent brutal et bruyant,
  - avec des douleurs importantes, plus superficielles, à type de sensation de corps étranger,
  - accompagnées d'une photophobie intense, d'un larmoiement, rendant l'examen parfois difficile.
- Cet examen montre :
  - une rougeur plus ou moins importante,
  - la cornée est parfois trouble, mais souvent de façon localisée ;
    - o l'instillation d'une goutte de Fluorescéine va permettre de rechercher l'existence d'une ou plusieurs ulcérations cornéennes superficielles (kératite ulcéreuse superficielle) ;
    - o ailleurs ce test à la Fluorescéine est négatif et il s'agit alors d'une kératite interstitielle avec opacités cornéennes sous-épithéliales, parfois oedème ; mais le tableau en est, en général, moins aigu ;
  - la chambre antérieure est de profondeur et de transparence normales,
  - la pupille parfois en myosis (réaction ciliaire),
  - le tonus oculaire en général non modifié.
- Un traitement rapide soulagera le patient mais il faut savoir que :
  - corticoïdes locaux et anesthésiques de contact sont contre-indiqués en cas d'ulcération cornéenne.

c) En dehors de ces deux étiologies, il faut savoir aussi ne pas méconnaître la possibilité d'une crise subaiguë de glaucome par fermeture de l'angle, dont la symptomatologie peut être plus discrète et passagère.

d) Parfois, la rougeur est localisée.

- Réalisant une petite voussure rouge, localisée à distance du limbe souvent, douloureuse spontanément et à la pression.

- Isolée, sans autre manifestation au niveau du segment antérieur.
- Il s'agit d'une sclérite ou épisclérite, affection plus rare, entrant volontiers dans un contexte rhumatologique inflammatoire.

## 2) DANS UN CONTEXTE TRAUMATIQUE.

L'existence d'une rougeur oculaire peut être en rapport avec :

- Une hémorragie sous-conjonctivale, parfois importante et dont il faut surtout savoir qu'elle peut cacher une plaie sous-jacente ou être en rapport avec une contusion importante accompagnée d'autres atteintes plus profondes.
- Une altération cornéenne : les caractères de la douleur et de la rougeur sont alors les mêmes que dans toute atteinte de la cornée. La lésion cornéenne peut être :
  - une ulcération superficielle traumatique, non perforante, ou une plaie cornéenne transfixiante, et il faut alors savoir :
    - o rechercher des lésions sous-jacentes, un corps étranger intra-oculaire,
    - o et entreprendre le traitement ;
  - un corps étranger cornéen superficiel, posé sur la cornée et parfois sous la paupière et n'apparaissant alors que lors du retournement de cette paupière ;
  - une brûlure cornéenne, en particulier par agents chimiques, nécessitant un lavage immédiat ++ avant tout, et plus ou moins grave selon la nature de l'agent chimique ; en règle :
    - o lésions immédiates plus graves par les acides, mais sans tendance à l'aggravation,
    - o lésions immédiates moins graves avec les bases, mais progressant petit à petit vers les couches profondes, aggravant les dégâts.

### AU TOTAL :

- La rougeur oculaire est un des principaux symptômes en ophtalmologie, pouvant traduire une atteinte oculaire grave, pouvant nécessiter un traitement URGENT, notamment au cours du GLAUCOME AIGU dont la recherche domine l'enquête étiologique.

-Dossier en vente à la Lib. VERNAZOBRES, 74 Bd de l'Hôpital, 75013 PARIS - 336.40.78  
 ABONNEMENTS, MATERIEL MEDICAL, PAPETERIE, THESES, VENTE PAR CORRESPONDANCE

